

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895 T H È S E N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 26 Juin 1895, à 1 heure

Par ADRIEN-PIERRE-LOUIS-ALEXANDRE COCAGNE

Né à Neufchâtel (Seine-Inférieure), le 6 mars 1870.

Ancien externe des hôpitaux.

DU PRONOSTIC

DANS

LA PRÉSENTATION DU SIÈGE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. { RECLUS, agrégé.
SÉBILEAU, agrégé.
VARNIER, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895 **T H È S E** No _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 26 Juin 1895, à 1 heure

Par ADRIEN-PIERRE-LOUIS-ALEXANDRE COCAGNE

Né à Neuschâtel (Seine-Inférieure), le 6 mars 1870.

Ancien externe des hôpitaux.



DU PRONOSTIC

DANS

LA PRÉSENTATION DU SIÈGE

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. { RECLUS, agrégé.
SÉBILEAU, agrégé.
VARNIER, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETTNER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

357

A MON PÈRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD,

Membre de l'Académie de Médecine,

Chevalier de la Légion d'honneur.

PRÉFACE

Arrivés au terme de nos études médicales, nous tenons, avant d'entreprendre ce travail, à adresser l'hommage de notre profonde reconnaissance à nos maîtres dans les hôpitaux :

A MM. Campenon, Duplay, Bucquoy, qui ont guidé nos premiers pas dans l'étude de la chirurgie et de la médecine ;

A MM. Aud'houi et Landrieux qui, pendant l'année de séjour que nous avons faite dans leurs services, en qualité d'externe ont tant contribué à notre instruction médicale.

Nous tenons tout particulièrement à adresser ici l'expression de notre vive reconnaissance à M. le professeur Pinard, qui pendant l'année d'externat que nous avons passée dans son service à la clinique Baudelocque, n'a cessé de nous donner des marques de la plus grande bienveillance. Qu'il veuille bien agréer tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de cette thèse.

Au cours de ce travail, M. Varnier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, accoucheur des hôpitaux, nous a maintes fois prodigué ses savants conseils, nous sommes heureux de pouvoir lui témoigner ici notre bien vive reconnaissance.

M. Wallich, chef de clinique, et M^{lle} Rose, sage-femme en chef de la clinique Baudelocque, ont été pour nous des guides sûrs et bienveillants et nous ont souvent donné des marques de leur confiance ; nous les prions de vouloir bien agréer l'expression de notre sincère gratitude.

INTRODUCTION

De tous temps on a reconnu les dangers graves que faisait courir au fœtus l'accouchement par le siège. Quelques rares auteurs cependant nous ont donné des statistiques établissant le taux de la mortalité fœtale dans cette présentation, Dugès, M^{me} Lachapelle, Velpeau, Dubois. Nous ne faisons que les nommer, nous promettant de revenir plus amplement sur les chiffres qu'ils nous ont fournis lorsque nous traiterons dans le chapitre suivant de l'histoire de la question. Qu'il nous soit permis de dire toutefois que depuis Dubois aucune statistique importante n'a été faite sur ce sujet. La thérapeutique depuis cette époque s'est cependant sensiblement modifiée, la conduite tenue aujourd'hui n'est plus la même, le mécanisme de l'accouchement mieux connu et mieux compris a permis de terminer plus rapidement l'extraction par le siège en faisant courir à l'enfant et surtout à la mère des dangers beaucoup moins considérables. Aussi avons-nous pensé qu'il serait peut-être utile de rechercher et de faire ressortir quel est à l'heure actuelle le pronostic de cette présentation pour la mère et principalement pour l'enfant. C'est ce que nous nous proposons de faire ici.

Notre travail comprend :

1° Un premier chapitre dans lequel nous présentons un

résumé historique de l'opinion des auteurs anciens et modernes sur la question ;

2° Un second chapitre où nous exposons notre statistique et faisons connaître les résultats obtenus.

3° Nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu historique (1).

Une sorte de discrédit a longtemps régné sur la présentation du siège ; on peut citer en faveur de cette manière de voir le nom de « Partus Agrippinus » qui lui fut longtemps donné et qui, à ce que rapporte Pline avait pour origine le nom d'Agrippa, c'est-à-dire « in ægre partos », donné aux enfants nés par le siège. L'imagination populaire elle-même s'était peu à peu emparée de ces données, et une superstition bizarre étayée sur les exemples d'Agrippa, Néron, Richard III d'Angleterre, etc., voulait que les enfants nés de la sorte fussent considérés comme dangereux non seulement pour eux-mêmes, mais encore pour leurs contemporains.

Les auteurs les plus anciens ont en effet reconnu pour le fœtus la possibilité de se présenter par le siège au moment de l'accouchement ; ils en ont aussi reconnu les dangers.

(1) Nous avons cité dans cet historique l'opinion des principaux auteurs français. En ce qui concerne les auteurs étrangers nous nous sommes bornés à recueillir l'avis de ceux dont les ouvrages ont été traduits dans notre langue.

Hippocrate, qui ne reconnaît comme naturel que l'accouchement par le sommet, se méfie déjà de celui par le siège, il le condamne comme très fâcheux pour la mère et l'enfant. « Grave est, si ita pedes processerit et soepe aut matres pereunt, aut pueri, vel ambo. »

Ce fut longtemps l'avis des accoucheurs qui imbus, de ces préceptes hippocratiques, firent rentrer ces accouchements dans la classe des dangereux et des laborieux.

Il nous faut arriver à *Ambroise Paré* pour voir diminuer la frayeur que provoquait cette présentation. Le premier il rassure les matrones au sujet des cas de ce genre, leur apprenant que très-souvent ces accouchements se terminent seuls :

« Or, l'enfantement naturel est, quand la teste vient la première et suit ses eanx ; l'autre qui est moins bon et facile est quand il vient les pieds devant : tous les autres sont très difficiles. »

Cet avis d'Ambroise Paré ne fut pas longtemps partagé ; c'est d'abord *Louise Bourgeois* qui se borne à dire que lorsque l'enfant vient « le cul devant, il ne le faut laisser engager dans les os, car il faudrait qu'il vint en double, que serait un grand effort pour la mère et une merveilleuse contusion et froissure pour l'enfant. »

Puis *Guillemeau* qui, reniant les idées de son maître, range l'accouchement par le siège parmi les laborieux parce qu'il se termine rarement par les seules forces de la nature et est très fâcheux pour l'enfant.

« Il y a trois façons de venir sur la terre : La première c'est la teste première et, lors la femme accouche facilement ; la seconde est ou de costé, ou de travers, ou les pieds les premiers et lors la mère accouche diffi-

« cilement, car plusieurs y sont mortes, ou leurs enfants
« ou tous deux ensemble. »

Il redoute surtout l'absence de rotation de la tête et par suite l'arrêt du menton contre la symphyse du pubis.

Mauriceau considère également l'accouchement par le siège comme dangereux, il le classe parmi les accouchements contre nature, aussi après avoir exposé les avantages de la présentation du sommet, écrit-il :

« Mais toute autre partie qui se présente la première
« dans l'accouchement le rend fâcheux et contre nature ;
« auquel cas il y a souvent grand danger pour la mère et
« pour l'enfant et quelquefois pour tous deux, s'ils ne sont
« bien promptement et adroitement secourus. » Il donne la raison de cette manière de voir lorsqu'il recommande de faire rapidement l'extraction.

« Observant aussi de le faire le plus promptement qu'il
« lui sera possible de peur que l'enfant ne soit suffoqué
« comme il arriverait indubitablement s'il demeurerait
« longtemps ainsi pris et arrêté, parce que le cordon de
« l'ombilic qui est au dehors était refroidi et fortement
« comprimé par le corps ou par la tête de l'enfant, qui
« reste trop longtemps dans le passage, l'enfant ne peut
« plus être vivifié par le moyen du sang de la mère dont
« le mouvement est arrêté dans ce cordon. »

La présentation du siège lui semble malgré cela plus favorable que celle de l'épaule à cause du voisinage des pieds qui permet d'extraire rapidement l'enfant.

Peu n'est guère moins pessimiste, il considère encore cet accouchement comme anormal et dangereux et pour la mère et pour l'enfant.

« Cet accouchement, outre les difficultés précédentes
« (nécessité d'employer certaines manœuvres pour le

« mener à bien), est encore assez souvent accompagné de
« deux inconvénients, l'un pour la mère, l'autre pour
« l'enfant : le premier est que la fente de la vulve se
« trouvant trop étroite et principalement dans un premier
« travail de cette nature, la peau de l'entrefesson (c'est-à-
« dire l'espace qui est entre la fourchette et l'anus) se
« casse en partie et se déchire quelquefois en sorte que ces
« deux ouvertures n'en font plus qu'une.

« L'autre inconvénient pour l'enfant est qu'on ne peut
« guère détacher ses cuisses de la manière que j'ai dit
« sans se mettre en danger de les rompre. »

En ce qui concerne l'accouchement par les pieds il semble le considérer comme un peu plus avantageux :

« Il ne faut pas s'imaginer que le travail où l'enfant
« présente les deux pieds soit fort aisé, sous ombre
« qu'étant comme la règle à laquelle on ramène tous
« ceux qui sont mal situés, c'est autant d'avance quand
« la nature nous présente ces parties d'elle-même et nous
« épargne la peine de les chercher. Il est vrai que c'est
« une espèce d'avantage pour ceux qui travaillent avec
« prudence et qui savent ménager le reste, mais c'est
« aussi l'occasion de faire bien des désordres pour
« beaucoup d'autres qui croient qu'il n'y a qu'à tirer à
« force, etc.. »

Portal, au contraire, regarde l'accouchement par les pieds comme plus dangereux, il le redoute tout particulièrement, aussi donne-t-il le conseil suivant : « Lorsque
« l'enfant se présente par les pieds, la première chose
« qu'il faut faire est de lui conférer le baptême. » En ce qui concerne au contraire l'accouchement par le siège il se montre beaucoup plus optimiste que son contemporain :

« Pour l'ordinaire cet accouchement est long et
« néanmoins il est presque aussi facile que le naturel ; ce
« qui fait dire aux sages-femmes en commun proverbe
« que là où le cul passe, la teste y peut bien passer. »

Henry de Deventer ne semble pas considérer l'accouchement par les pieds comme défavorable : « Quoique je
« parle de cette situation après toutes les autres, il s'en
« faut de beaucoup cependant que je la regarde comme
« la plus difficile et la plus dangereuse, au contraire je
« n'en trouve pas de plus commode et de plus sûre après
« l'accouchement naturel. »

Le pronostic qu'il formule sur l'accouchement par le siège est presque le même :

« Les enfans ainsi repliés dans une matrice droite
« sortent presque aussi aisément que s'ils présentaient la
« tête, soit que le ventre soit tourné en dehors ou en
« dedans. Il est vrai que la femme souffre davantage
« parce que les fesses ainsi repliées sont plus grosses que
« la tête, mais aussi quand elles sont passées, la tête ne
« trouve plus rien qui l'arrête. »

A l'exemple de Guillemeau il craint seulement l'arrêt de la tête contre la symphyse du pubis.

Pour les mêmes raisons que Deventer, *Puzos* envisage l'accouchement par le siège comme assez favorable pour le fœtus et pour la mère, il semble le préférer à celui par les pieds.

De la Motte revient tout entier aux idées d'Ambroise Paré, et pousse même l'optimisme jusqu'à préférer l'accouchement par les pieds à celui par le sommet.

« C'est cette situation (quoiqu'elle soit appelée par les
« auteurs contre nature) que l'on doit d'autant plus
« souhaiter qu'elle est l'unique qui assure dans le

« moment la fin de l'ouvrage, celle par laquelle l'on termine toutes les autres et où l'on ne voit jamais l'enfant arrêté ou enclavé au passage pour peu que l'on use de prévoyance et que l'on suive les principes qui sont établis pour y réussir. Ce que je dis est si vrai et cette situation a tant d'avantages au dessus de toutes les autres qu'il périra dix enfans dans les accouchements où ils présenteront la tête contre un qui sera de peine lorsqu'ils se présenteront par les pieds. »

Il en donne lui-même une explication basée sur le mécanisme de l'accouchement :

« En effet l'enfant qui vient par les pieds est comme un coin qui peu à peu élargit l'orifice de la matrice et prépare la sortie du bassin, de la poitrine, de la tête. »

Il reconnaît néanmoins que dans certains cas on éprouve de grandes difficultés pour l'extraction de la tête.

Son avis, en ce qui concerne la présentation des fesses, est tout autre pour la mère et pour l'enfant ; « car quoiqu'il vienne quelquefois sans peine, il cause aussi souvent un accouchement long, difficile et non naturel. »

En Allemagne *Ræderer* n'hésite pas à ranger la présentation de l'extrémité pelvienne parmi les accouchements difficiles et contre nature, il est malgré cela très optimiste.

« Les Anciens ont regardé cet accouchement comme très difficile, mais il n'a souvent rien de dangereux, lorsque les deux pieds se présentent ensemble, que l'accouchement a toutes les conditions requises pour le rendre favorable, et qu'il n'y a rien d'extraordinaire que la situation du fœtus. Il est rare que la nature seule termine cet accouchement, mais le chirurgien peut en

« venir aisément à bout en tirant l'enfant par les pieds. »

L'accouchement par le siège lui semble aussi facile que celui par les pieds, pourvu que le bassin soit grand et le fœtus petit.

Le principal danger pour l'enfant, selon lui, serait la compression du cordon et les inspirations prématurées.

Smellie insiste, lui aussi, sur la difficulté pour l'accouchement de se terminer seul dans la présentation du siège, aussi le classe-t-il parmi les accouchements contre nature.

L'accouchement par les pieds lui semble la plupart du temps facile, mais dans l'accouchement par le siège :

« L'enfant est souvent en danger, et quelquefois même
« il périt, lorsqu'il présente les fesses et qu'il est descendu
« au fond du bassin, particulièrement si les cuisses sont
« si comprimées contre le ventre et le cordon ombilical,
« qu'elles y interceptent la circulation ; il n'est pas moins
« en danger lorsque la tête reste engagée après que le
« corps est délivré. »

Aussi donne-t-il le conseil de terminer cet accouchement le plus rapidement possible.

Levret semble, avec *De la Motte*, considérer l'accouchement par le siège comme très avantageux, surtout lorsque les pieds se présentent les premiers ; et à l'exemple de *De la Motte* encore, il s'appuie sur le mécanisme pour étayer son dire. On peut cependant, dit-il, éprouver de grandes difficultés pour l'extraction de la tête.

Partisan convaincu des idées d'Ambroise Paré, *J.-L. Baudelocque* n'hésite pas à ranger cet accouchement parmi les naturels puisque, dit-il : « il peut se terminer sans le secours de l'art dans la pluralité des cas ».

A l'exemple de ses prédécesseurs, il considère l'accou-

chement par les pieds comme plus favorable que celui par le siège, quoiqu'il soit, dit-il : « si rare qu'on ne puisse établir ses rapports avec celui où la tête se présente ». Cet accouchement présente néanmoins pour l'enfant un certain danger.

« Le danger qui menace l'enfant lorsqu'il vient naturellement en offrant les pieds, est en raison de la compression plus ou moins forte et plus ou moins longue qu'éprouvent la poitrine, la tête et le cordon ombilical en traversant les parties de la femme.

« Celui auquel il est exposé quand on en fait l'extraction, en tirant sur ces mêmes extrémités, est de plus proportionné à l'extension forcée et au tiraillement de la moelle épinière. »

Il considère l'accouchement par les fesses comme dangereux, parce que non seulement il est plus long et plus difficile pour la mère, qui éprouve beaucoup de difficulté à se délivrer seule, mais aussi parce que le fœtus court en plus les mêmes dangers que dans l'accouchement par les pieds.

Avec *Mme Lachapelle*, la question du pronostic dans l'accouchement par le siège fait un grand pas; la première, elle nous apporte une statistique exacte portant sur un nombre considérable d'accouchements par l'extrémité pelvienne; la première, elle établit par des chiffres une comparaison avec la présentation du sommet :

« En jetant un coup d'œil sur la table énumérative des positions, annexé à ce volume, on verra que 804 présentations de l'extrémité pelvienne ont amené 102 enfants faibles, 16 enfants difformes ou abortifs, 115 enfants morts et 581 bien portants. Là proportion des morts au total est donc de $\frac{1}{7}$ environ. Sur 20.698

« positions du vertex il ne se trouve que 668 mort-nés,
« ce qui équivaut à $1/30$ environ. On ne peut donc se dis-
« simuler que les positions de l'extrémité pelvienne ne
« soient très facheuses pour le fœtus. » Elle établit ensuite
le pronostic relatif à chaque variété de présentation du
siège et arrive aux chiffres suivants : « 1 mort sur $8 \frac{1}{2}$
« pour la variété dite des fesses, 1 sur $6 \frac{1}{2}$ pour celle
« des pieds et enfin 1 sur $4 \frac{1}{2}$ pour celle des genoux. »

En ce qui concerne la mère, tout en reconnaissant que
le siège mode des fesses s'engage plus difficilement, elle
fait justice de l'opinion des auteurs qui considèrent cet
accouchement comme favorisant les déchirures du col
et le prolapsus utérin et conclut en disant :

« En conséquence je n'hésite pas à prononcer que les
« accouchements par les fesses ne sont pas en eux-mêmes
« aussi fâcheux qu'on l'a cru et que dans la très grande
« majorité des cas, les seuls efforts de la nature suffisent à
« l'expulsion du fœtus. »

Elle regarde, entre des mains expérimentées, comme le
plus simple et le plus heureux pour la mère l'accouche-
ment par les pieds et se montre également très optimiste
en ce qui concerne la position des genoux.

Quoique le travail soit plus long *M^{me} Boivin* est d'avis
de considérer l'accouchement par le siège comme naturel,
l'expulsion du fœtus se faisant la plupart du temps très
facilement. Elle donne à l'appui de cette manière de voir
une statistique faite à la maternité et d'après laquelle il
résulte que : « Sur 611 présentations des pieds, des
« genoux et des fesses, 567 enfants sont nés naturellement ;
« 44 seulement ont eu besoin des secours de l'art ; dans la
« plupart de ces derniers le travail était accompagné
« d'accidents graves. »

Velpeau nous apporte aussi une statistique indiquant la mortalité fœtale, et ne croit pas que l'on doive, à l'exemple de *Baudelocque*, ranger cet accouchement parmi les naturels :

« De l'aveu de tous les accoucheurs l'enfant vient bien
« plus souvent mort dans l'accouchement par le pelvis
« que dans l'accouchement par le sommet. A la mater-
« nité de Paris. Sur 804 enfants expulsés de cette manière
« 581 seulement sont nés bien portants, tandis que sur
« un total de 698 positions du ventre, il n'y a eu que
« 68 mort-nés. »

Il attribue en partie les dangers que court le fœtus : à la compression du cordon, aux inspirations prématurées, à la distension de la moelle.

Dugès nous fournit à peu près les mêmes chiffres que *M^{me} Lachapelle* :

« D'après les relevés exacts d'un grand nombre de faits
« il résulte que les positions de l'extrémité pelvienne sont
« bien moins avantageuses que celles du vertex, soit en
« isolant les accouchements spontanés des artificiels
« (1 sur 57), soit en les confondant, ce qui rend la propor-
« tion encore un peu plus défavorable. On observe alors
« sur 7 enfans, 1 mort, 1 douteux et 5 vivants et bien por-
« tants. »

A l'encontre de *Baudelocque*, de *M^{me} Lachapelle* et de la plupart des auteurs il considère l'accouchement par le siège mode des fesses comme plus défavorable pour le fœtus dont il attribue la mort dans ce cas à l'hémorrhagie cérébrale.

Quant à la mère, malgré la longueur du travail dans cet accouchement, il est rare, dit-il, qu'il en résulte des suites fâcheuses.

Nægele diffère totalement de ses prédécesseurs en ce qui touche le pronostic de l'accouchement par le siège, relativement à la mère. Il le considère comme très favorable :

« Souvent même, ils la fatiguent moins que ceux qui se font par la tête ; c'est du moins ce que déclarent habituellement les femmes qui ont déjà accouché des deux façons. »

Il formule au contraire un pronostic très défavorable en ce qui touche l'enfant, par suite des dangers auxquels l'expose la compression du cordon au cours de l'accouchement. Il se prononce en faveur de la présentation des fesses sur celle des pieds.

Paul Dubois fait jouer un très grand rôle aux mouvements inspiratoires prématurés qui occasionnent la mort du fœtus, mouvements qui ne surviennent, dit-il, que lorsque la tige funiculaire est comprimée, ou le placenta décollé prématurément. Il donne le résultat d'une statistique faite par lui à la Maternité et d'après laquelle 231 accouchements ont eu lieu par le siège, 21 enfants sont morts, ce qui donne une proportion de 1/11.

9.837 enfants, au contraire, sont nés par le sommet, 151 sont morts pendant le travail, ce qui fait à peu près 1/51 ou 52.

Hubert de Louvain regarde cette présentation comme normale et se borne à dire :

« Que la mortalité fœtale dans l'accouchement par le pelvis est, à peu de chose près, la même que dans l'accouchement par la face. Dans les deux cas, le danger est plus grand chez les primipares. »

Moreau considère que cet accouchement se termine

généralement sans les secours de l'art, il reconnaît néanmoins qu'il constitue un danger pour le fœtus :

« Pendant longtemps, les présentations de l'extrémité pelvienne ont été rangées parmi les accouchements qui exigent l'intervention de l'art. Cependant, l'expérience démontre que l'opinion sur laquelle ce précepte repose manque de fondement, car, sur 2.000 accouchements par l'extrémité pelvienne observés à l'hospice de la Maternité, 82 seulement ont exigé des secours, savoir : 57 sur 1.214 présentations des fesses, 25 sur 772 présentations des pieds ; tous les accouchements par les genoux s'étant effectués seuls. »

Puis, il ajoute :

« Que le travail est plus lent, plus pénible, plus dangereux pour l'enfant. Aussi, la proportion des morts aux vivants est-elle beaucoup plus forte dans ces circonstances qu'en toute autre. Sur 790 accouchements spontanés, par l'extrémité pelvienne, il y a eu 101 morts, tandis que sur 20,567 par le vertex on n'en a pas compté au delà de 635. Si l'on joint à cela qu'outre ces 101 morts, les 790 cas ont fourni 98 enfants de constitution faible et 16 abortifs, on sera obligé de reconnaître que les accouchements par l'extrémité pelvienne, bien que susceptibles d'être accomplis par les seules forces de la nature, sont plus désavantageux que ceux par le sommet. »

Il attribue la mort des enfants à la compression du cordon, et à des lésions du côté du foie, du cœur et des principaux organes splanchniques, sous l'influence du refoulement du sang et de la compression du tronc.

Chailly (Honoré) admet, comme Paul Dubois, que la compression du cordon est la principale cause de la mort

du fœtus et redoute plus à ce point de vue l'accouchement par le siège complet, que par le siège décomplété, ce dernier, par suite de la dilatation considérable qu'il fait subir au col, permettant de terminer plus rapidement l'accouchement :

« En effet, comme c'est dans le deuxième temps de l'accouchement que le cordon peut être comprimé, plus ce deuxième temps sera rapide, moins il y aura de chance pour que la compression du cordon soit fatale à l'enfant. Les relevés statistiques prouvent surabondamment la vérité de cette assertion. Dans la présentation complète de l'extrémité pelvienne, la vie de l'enfant est moins compromise que dans celle des fesses, celle-ci est plus favorable que celle des genoux ou des pieds. »

A l'exemple de Nœgele, *Cazeaux* tout en reconnaissant que le travail est plus long, mais la période d'expulsion plus courte, semble se prononcer en faveur de cet accouchement relativement à la mère :

« Pour la mère donc, l'accouchement est peut-être plus favorable dans les présentations podaliques que dans celle du vertex, j'ajouterai qu'il est certainement plus heureux pour elle que dans les présentations de la face. »

En ce qui concerne le fœtus, le pronostic est plus grave, selon lui, chez les primipares que chez les multipares.

« La résistance du périnée, qui suffit quelquefois chez les primipares pour arrêter le travail dans les présentations du sommet, est ici d'autant plus puissante pour arrêter la tête, que les contractions utérines sont plus faibles. »

Comme causes susceptibles de provoquer la mort du

foetus, il reconnaît les mêmes que Dubois et Chailly et s'étend particulièrement sur le décollement du placenta :

« Il n'est même pas nécessaire que le placenta soit
« décollé et suivant la remarque de Van Huevel, pour peu
« que l'arrêt de la tête dans l'excavation se prolonge, il
« suffit du retrait de la matrice sur elle-même pour gêner,
« arrêter la circulation utéro-placentaire et faire mourir
« le foetus par asphyxie. »

Joulin se range à l'avis de Dubois et considère l'accouchement par les fesses comme plus favorable pour le foetus que l'accouchement par les pieds, il regarde néanmoins ces deux accouchements comme très désavantageux :

« En classant parmi les vivants ceux qui sont nés en état
« de souffrance, la proportion des morts est encore de 1 sur
« 6 ou 7. »

Il fait aussi résider la cause des dangers que court le foetus, dans les troubles de la circulation placentaire, il exagère peut-être même un peu que lorsqu'il dit :

« L'accouchement par le siège s'accompagne constamment d'une procidence du cordon ombilical et nous
« verrons plus tard les dangers qui résultent de cette
« procidence. »

L'accouchement par le siège est pour lui plus défavorable chez les primipares que chez les multipares.

Jacquemier s'appuie sur 2.000 accouchements par l'extrémité pelvienne n'ayant nécessité que 82 fois une intervention, pour dire qu'il se termine presque toujours par l'expulsion spontanée du foetus. Pour la mère, cet accouchement, malgré la longueur plus considérable du travail, n'est que peu désavantageux.

Les causes qu'il invoque comme susceptibles de déter-

miner la mort du fœtus sont les mêmes que celles énoncées par Joulin.

Le professeur Depaul, dans ses leçons de clinique obstétricale, insiste tout particulièrement sur la longueur du travail dans cette présentation et les conséquences fâcheuses qu'elle peut avoir pour la mère et l'enfant.

L'arrêt de la tête par le col insuffisamment dilaté, la rupture prématurée des membranes fréquente, dit-il, au cours de cet accouchement doivent être considérées avec la compression du cordon comme autant de causes de la mort de l'enfant.

Pour *Karl Schröder* cet accouchement est particulièrement à redouter pour le fœtus qui peut y trouver la mort du fait de la compression du cordon, du décollement prématuré du placenta.

« En ce qui concerne la mère, au contraire, le pronostic
« des présentations de l'extrémité pelvienne est dans les
« conditions normales le même que dans les présenta-
« tions du sommet. »

Playfair exprime une opinion analogue sur le pronostic relatif à la mère, il insiste cependant sur la plus longue durée du travail. Il est au contraire très pessimiste en ce qui concerne l'enfant :

« Churchill estime que la mortalité est beaucoup plus
« élevée, un mort sur trois ou cinq des naissances, mais
« cette statistique donne un nombre de mort nés plus con-
« sidérable que celui qui ressort de la pratique de la plu-
« part des accoucheurs, plus grand surtout qu'il ne serait si
« les cas étaient convenablement traités. Malgré tout, il ne
« peut y avoir de doute que les risques de l'enfant sont
« énormes, même dans les circonstances les plus favo-

« rables. Et si l'enfant ne meurt pas il peut être gravement
« lésé. »

Hégar donne comme chiffre de la mortalité fœtale :

35 ‰ de mort-nés.

5 ‰ de morts le premier jour après la naissance.

Signalons aussi en passant l'opinion d'*Hecker* d'après lequel le nombre d'enfants qui succomberaient du fait de la présentation du siège s'élèverait à 22 0/0.

Tarnier considère le travail comme plus long, aussi, en ce qui concerne la mère, regarde-t-il cet accouchement comme moins favorable que celui par le sommet.

Relativement à l'enfant, l'accouchement par le siège, surtout par le siège décomplété mode des fesses, lui paraît surtout à redouter. Il indique comme causes favorisant la mort du fœtus, la compression du cordon et le décollement prématuré du placenta.

Pour *Ribemont et Lepage* enfin, la morbidité maternelle est un peu plus élevée dans les présentations du siège que dans celles du sommet ce qui tient, d'une part, à ce que la nécessité de l'intervention manuelle dans ces sortes d'accouchements augmente les chances d'infection (*Pinard*,) d'autre part à ce qu'entre des mains maladroites, la présentation du siège peut être au moment de l'extraction du fœtus l'origine de graves désordres du côté des organes maternels, rupture du col, déchirure du segment inférieur et du périnée.

Le fœtus, lui aussi, court de grands dangers résultant de la compression du cordon, du décollement du placenta.

Ils indiquent comme représentant la mortalité fœtale les chiffres donnés par *Porak* :

1 enfant mort sur 9 pour les primipares.

1 sur 30 pour les multipares.

Vis-à-vis des opinions formulées par les différents auteurs nous demandons la permission de placer maintenant les chiffres qui résument le travail de statistique auquel nous nous sommes livré, sur les observations de la clinique Baudelocque.

CHAPITRE II

Statistique.

Sur un total de 8.805 accouchements ayant eu lieu à la clinique Baudelocque, du 1^{er} janvier 1890 au 1^{er} janvier 1894 et où le fœtus s'est présenté de diverses façons, nous avons pu recueillir 84 observations de présentation de l'extrémité pelvienne.

Si l'on se reporte aux chiffres donnés par les auteurs comme exprimant la fréquence de cette présentation comparativement à celle du sommet ($1/32$ ou $1/35$), on voit que le nombre d'accouchements que nous avons pu réunir leur est bien inférieur. Ceci tient à ce que, pour obtenir un pronostic exact, nous avons été obligé de procéder à un travail d'élimination assez considérable.

Il a porté sur plusieurs catégories de cas :

1° Un premier groupe comprend toutes les femmes ayant accouché de fœtus morts et macérés ;

2° Pour nous placer dans les meilleures conditions d'observation, nous avons dû également retrancher tous les facteurs anormaux qui du côté de la mère ou du fœtus pouvaient entraver ou influencer la marche régulière du

travail et nuire par conséquent à la vitalité de l'enfant. C'est ainsi que nous avons été amené à supprimer :

- a). Les femmes ne présentant pas un bassin normal.
- b). Les grossesses multiples.
- c). Les cas où le placenta inséré sur le segment inférieur, s'était manifesté, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement, par quelque hémorragie grave.
- d). Les femmes albuminuriques ayant présenté, au cours de la grossesse ou de l'accouchement des complications pouvant atteindre le fœtus dans sa vitalité, éclampsie, hémorragie, etc...
- e). Les femmes manifestement syphilitiques.
- f). Celles présentant des malformations de l'utérus ou du vagin.
- g). Les cas d'hydropisie de l'amnios.

3° Du côté du fœtus nous avons dû éliminer :

- a). Tous ceux présentant des malformations incompatibles avec la vie (hydrocéphalie.)
- b). Les enfants pesant à la naissance moins de 2.500 gr.

Ce dernier chiffre de 2.500 grammes que nous nous sommes fixé comme limite inférieure de nos recherches est certainement tout arbitraire, mais il nous a paru être celui qui répondait le mieux à la viabilité indiscutable de l'enfant, d'une part, et d'autre part au volume nécessaire au fœtus pour exiger une certaine résistance de la part des parties maternelles. Nous ne pouvions nous dispenser de respecter ces deux données.

C'est donc le pronostic de l'accouchement par le siège, dépourvu de toutes complications indépendantes de cette présentation et susceptibles d'en compromettre l'issue favorable, que nous avons ici en vue.

Nous avons cru inutile de réunir ici les 84 observations que nous avons recueillies ; nous nous bornerons à citer au cours de l'exposé que nous allons entreprendre, celles d'entre elles qui ont présenté quelque particularité importante à noter.

Résultats fournis par notre statistique.

Sur les 84 accouchements par l'extrémité pelvienne que nous avons pu rassembler :

42 ont eu lieu chez des primipares.

42 également chez les multipares.

Au point de vue des variétés nous avons eu affaire :

Chez les primipares :

A 14 présentations du siège complet.

A 28 présentations du siège décomplété mode des fesses.

Chez les multipares :

A 15 présentations du siège complet.

A 26 présentations du siège décomplété mode des fesses.

A 1 présentation du siège décomplété mode des pieds.

A. Pronostic relatif à la mère.

a) DURÉE DU TRAVAIL.

A l'exception de De la Motte tous les accoucheurs ont été unanimes à considérer la durée du travail, dans la présentation de l'extrémité pelvienne, comme plus considérable que dans la présentation du sommet.

Nous avons trouvé les chiffres suivants :

Pour les primipares (présentation du siège complet), la durée du travail a varié entre 2 h. 30 et 31 heures, la moyenne établie par nous sur 14 observations de siège complet a été de 11 h. 30.

Pour les multipares, la durée a été un peu plus courte, le travail ayant oscillé entre 2 h. 10 et 21 heures, la durée établie par nous sur nos 15 observations a été de 10 heures.

En ce qui concerne le siège décomplété mode des fesses la durée du travail a varié :

Chez les multipares entre 3 heures et 13 h. 20. Notre durée moyenne établie d'après 26 observations a été de 8 heures environ.

Chez les primipares la durée du travail a oscillé entre 4 h. 5 et 68 heures et la moyenne établie par nous d'après 28 observations a été de 13 heures.

Pour la présentation du siège décomplété mode de pieds qui a eu lieu chez une multipare, la durée du travail a été de 19 heures.

Si nous rapprochons maintenant de ces chiffres ceux que nous donnent MM. Ribemont et Lepage comme exprimant la durée du travail en présentation du sommet, chez les primipares et chez les multipares :

Primipares..... 12 h. à 14 h.

Multipares..... 6 h. à 8 h.

nous voyons qu'ils se rapprochent sensiblement de ceux par nous obtenus, sauf en ce qui concerne la durée du travail chez les multipares en présentation du siège complet. Le chiffre de 10 heures que nous avons donné comme moyenne est en effet un peu supérieur. Il en est de même pour la présentation du siège décomplété mode

des pieds, mais cette observation étant isolée ne peut entrer en ligne de compte.

La durée du travail semble donc à peu de choses près être la même que dans la présentation du sommet.

b) DURÉE DE LA PÉRIODE D'EXPULSION

La durée de la période d'expulsion est beaucoup plus courte dans les présentations de l'extrémité pelvienne, c'est ce que quelques auteurs ont déjà reconnu et c'est aussi le résultat auquel nous sommes arrivé.

En effet, pour la présentation du siège complet :

Chez les primipares la durée de la période d'expulsion a varié entre 5 minutes et 2 h. 10. Notre moyenne d'après 14 observations est de 35 minutes.

Pour les multipares, l'expulsion a oscillé entre 5 minutes et 1 h. 10 et la durée moyenne résultant de nos 15 observations est de 25 minutes.

Dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses, l'expulsion a varié :

Chez les primipares, de 5 minutes à 3 heures 25, et la durée moyenne, d'après nos 25 observations, a été de 45 minutes. (Dans une des observations, la durée de l'expulsion n'a pas été notée).

Chez les multipares, 5 minutes ont été la durée minimum, 1 heure 5 la durée maximum ; notre moyenne, d'après 24 observations, est de 20 minutes. (Dans deux observations la durée de l'expulsion n'était pas indiquée).

La durée de l'expulsion a été de 20 minutes dans la présentation du siège décomplété, mode des pieds.

Ces chiffres, mis en regard de ceux fournis par Bataillard (Th. de Paris, 1888) comme indiquant la durée mini-

mun de la période d'expulsion dans la présentation du sommet :

Primipares, 50 minutes;

Multipares, 25 minutes;

laissent encore subsister une différence en faveur de la présentation du siège.

Cette durée plus courte de la période d'expulsion dans les présentations du pelvis, tient vraisemblablement à ce qu'on se trouve, dans la majorité des cas, dans la nécessité d'intervenir pour l'extraction de la tête, cette dernière partie de l'accouchement étant rarement abandonnée aux seules forces de la nature.

c) RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES

Quelques auteurs, parmi lesquels le professeur Depaul, ont cité la rupture des membranes comme un accident fréquent dans la présentation de l'extrémité pelvienne, ils croyaient en effet devoir le mettre sur le compte de la position vicieuse du fœtus. Nous savons aujourd'hui quel est le véritable motif de cette rupture prématurée des membranes.

M. le professeur Pinard a montré en effet le peu d'importance qu'il fallait attacher aux diverses causes invoquées par les auteurs, et nettement indiqué que c'était à l'insertion du placenta sur le segment inférieur que devait être rattaché cet accident. Nous avons également vu dans nos observations que cette rupture spontanée prématurée des membranes s'était produite 32 fois, et nous avons pu constater d'après les chiffres indiquant les mensurations des membranes, que 27 fois le placenta était inséré à moins de 10 centimètres de l'orifice. 3 fois il était inséré à

plus de 0^m 10. Quant aux deux autres cas restants, les membranes déchirées n'avaient pu être mesurées.

Cette fréquence peut-être un peu plus grande de la rupture prématurée des membranes dans la présentation du siège, tient d'ailleurs à ce fait que l'insertion du placenta sur le segment inférieur étant une des causes les plus fréquentes des présentations vicieuses du fœtus, nous devons par cela même aussi, dans ces présentations, retrouver plus fréquemment mentionnée, une de ses principales complications.

d) DÉCHIRURES DU PÉRINÉE

Nous avons noté 16 déchirures incomplètes du périnée, quinze chez des primipares, une chez une multipare, dans un cas, la déchirure du périnée était accompagnée d'une rupture de la commissure antérieure de la vulve et du clitoris. Ce nombre de 16 déchirures du périnée fait un peu plus de 19 0/0, chiffre certainement de beaucoup supérieur à celui que l'on note dans la présentation du sommet, quoique nous manquions de terme de comparaison à cet égard. Ces déchirures tiennent en effet à plusieurs causes : d'une part, à la distension trop brusque du périnée par les parties fœtales, l'expulsion étant en effet beaucoup moins prolongée que dans l'accouchement par le sommet, ainsi que nous l'avons montré plus haut, chiffres en main ; d'autre part, au volume de ces mêmes parties fœtales, toutes nos observations où la déchirure du périnée a été notée, ayant trait en effet à des présentations du siège décomplété mode des fesses. La résistance qu'opposent les parties molles maternelles, lors des manœuvres destinées à l'extraction de la tête du fœtus, paraît aussi

avoir une certaine influence. Dans 9 des 16 cas cités précédemment, la manœuvre de Mauriceau avait été pratiquée. Ce n'est certes pas là un accident grave, mais il doit néanmoins entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit de formuler le pronostic d'une présentation. La déchirure du périnée étant une porte de plus ouverte à l'infection, et prédisposant, si elle n'est convenablement traitée sur l'heure, aux affections chroniques de l'utérus, métrites, prolapsus utérin, etc.....

e) SUITES DE COUCHES

L'introduction de la main dans les organes génitaux de la mère, pour abaisser les pieds, dégager les bras, et le plus souvent extraire la tête, est a-t-on dit un danger de plus d'infection. Cette assertion est vraie, on comprend en effet que la nécessité d'intervenir dans cet accouchement favorise les suites de couches pathologiques. Neuf femmes d'après notre statistique ont eu des suites de couches pathologiques; chez cinq d'entre elles la rupture des membranes spontanées ou artificielles a eu lieu prématurément avant leur entrée à la Clinique, pour celles-ci donc la véritable cause d'infection ne semble pas avoir été la présentation du siège. Chez deux autres la délivrance a été incomplète. dans un des cas, par adhérence anormale des membranes, On ne peut non plus ici incriminer, pensons-nous, la présentation. Reste deux femmes dont l'une a présenté après la délivrance un thrombus du vagin et une autre chez laquelle aucune cause d'infection n'a été notée et qui semble seule justiciable de l'infection par les mains de l'accoucheur dans les manœuvres nécessitées par l'extraction du fœtus. La

proportion n'est donc pas sensiblement plus considérable que dans l'accouchement par le sommet.

B) Pronostic relatif à l'enfant.

a) MORT DE L'ENFANT

C'est surtout pour le fœtus que l'accouchement par l'extrémité pelvienne doit être redouté. Nous avons noté, en faisant l'historique de cette question les chiffres donnés par les auteurs et exprimant la mortalité fœtale. Nous avons vu les causes qu'ils ont invoquées comme susceptibles de déterminer la mort de l'enfant. Parmi ces causes multiples il importe de retenir :

1° La compression du cordon pendant l'accouchement.

2° Le décollement prématuré du placenta en dehors de toute insertion vicieuse, et surtout les modifications produites dans la circulation inter-utéro-placentaire par le retrait de l'utérus, alors même qu'il n'y a pas encore décollement.

3° Les inspirations prématurées du fœtus.

4° Toutes les causes susceptibles de retarder l'accouchement, déflexion de la tête, redressement des bras, résistance du périnée, resserrement de l'orifice utérin sur la tête fœtale.

5° Les traumatismes déterminés par l'extraction.

A ces causes nous en ajouterons une autre, la procidence ou le procubitus du cordon, dont les auteurs ne semblent pas avoir tenu suffisamment compte.

Ce n'est là qu'une simple énumération, nous reviendrons en détail sur quelques-uns de ces points.

Les enfants peuvent encore succomber dans les jours qui suivent la naissance du fait de traumatismes subis pendant l'accouchement. Sur nos 84 cas de présentation de l'extrémité pelvienne aucun enfant n'est mort pendant le travail, les trois décès observés n'ont eu lieu qu'après la naissance.

Un premier enfant né vivant n'a pu être ranimé, nous verrons dans l'observation ci-jointe la cause de la mort (hémorragie méningée.) (Obs. I).

Un second enfant est mort le surlendemain de sa naissance, la mort dans ce cas semble devoir être attribuée à durée du travail rendu long et difficile par un procubitus de la main. (Obs. II.)

Le troisième enfant a survécu 14 jours, il est mort très vraisemblablement des suites des traumatismes occasionnés par l'accouchement. (Obs. III.)

OBSERVATION I

Marie C..., XVI^e pare, ayant accouché treize fois spontanément d'enfants vivants s'étant présentés par le sommet, deux avortements, entre à la salle de travail le 21 octobre, à 7 heures du soir. Elle a eu ses dernières règles du 13 au 17 janvier 1894. La hauteur de l'utérus est de 33 centimètres. Le fœtus se présente par le siège complet en gauche antérieure ; la dilatation est d'environ 50 centimes. Les bruits du cœur sont normaux. Les membranes ont été rompues artificiellement en ville par une sage-femme, avant l'entrée de la parturiente à la clinique. La température axillaire est de 38°. A minuit, la dilatation étant complète, on place la femme en position obstétricale et on l'engage à pousser ; l'expulsion du siège se fait rapidement, le cordon bat encore. Le fœtus, faisant alors des inspirations prématurées et l'utérus ne se contractant pas, on exerce des tractions pour dégager le tronc. Le

dégagement des bras se fait facilement ; il en est de même de la manœuvre de Mauriceau. L'enfant né vivant ne respire pas ; il est pâle et décoloré, et, malgré la désobstruction des voies respiratoires, l'insufflation, les tractions rythmées de la langue, etc., on ne peut le ranimer. Il pèse 3.720 grammes, et son diamètre bi-pariétal mesure 10 centimètres. La durée de l'expulsion a été de 10 minutes et celle du travail de 21 heures. Extraction simple du placenta 35 minutes après le fœtus. Post-partum physiologique. L'autopsie de l'enfant permet de constater une hémorragie méningée.

OBSERVATION II

La nommée Annette G..., V pare, ayant accouché quatre fois spontanément d'enfants vivants s'étant présentés par le sommet, a eu ses dernières règles le 5 décembre 1889. Le fœtus se présente par le siège décomplété mode des fesses en droite antérieure. Le siège est engagé et le toucher permet de constater que le membre supérieur droit l'accompagne. Les membranes se rompent spontanément à la dilatation complète et la parturiente expulse, le 26 août 1890, une fille vivante du poids de 2.800 grammes et dont le diamètre bi-pariétal mesure 9,8. L'enfant naît étonné, mais est rapidement ranimé. La durée de l'expulsion a été de 5 minutes, celle du travail de 59 heures. Le placenta est expulsé spontanément 5 minutes après l'accouchement. Mensuration des membranes 22/11. L'enfant meurt de convulsions le surlendemain de sa naissance.

OBSERVATION III

Marie S., 23 ans, primipare, présente un souffle systolique au foyer de l'aorte et de l'œdème des membres inférieurs, elle a eu ses dernières règles du 1^{er} au 4 septembre 1892. A l'arrivée de cette femme, le 2 juin 1893, on constate que la dilatation est complète, les membranes rompues, le fœtus se présente par le siège en gauche antérieure. On intervient au moment de l'expulsion pour

dégager l'épaule antérieure, la tête est expulsée spontanément sans qu'on ait eu recours à la manœuvre de Mauriceau. Le fœtus pèse 2.910 grammes, son diamètre bi-pariétal mesure 91 millimètres. La durée du travail a été de 5 h. 10, celle de l'expulsion de 15 minutes. Le placenta est expulsé spontanément 10 minutes après l'accouchement, les membranes mesurent 29/15. Post-partum normal.

Depuis sa naissance, l'enfant vomit fréquemment, il refuse de téter et doit être nourri à la cuillère, sa température est de 38°4 ; il meurt le 16 juin 1894, quatorze jours après sa naissance.

b) ACCIDENTS DIVERS

Trois enfants ont présenté des lésions diverses manifestement dues à l'accouchement :

Chez l'un (Obs. IV) on a noté une ulcération traumatique du plancher de la bouche, à la suite de laquelle un abcès s'est collecté et ouvert dans la bouche. Ces ulcérations buccales sont graves, parce qu'elles entravent plus ou moins l'alimentation de l'enfant, gênant la succion, et dans le cas présent l'abcès par son siège eût pu déterminer des troubles du côté de la fonction respiratoire.

Un autre enfant a présenté également à la suite de l'accouchement une ulcération traumatique du plancher de la bouche déterminée par la manœuvre de Mauriceau, on a de plus noté chez lui une paralysie périphérique du bras sur lequel avait porté le dégagement (Obs. V).

Le troisième enfant a eu des convulsions aussitôt après sa naissance ; la manœuvre de Mauriceau avait d'ailleurs été pénible, c'est donc bien aux traumatismes qu'il a subis que sont imputables ces accidents. (Obs. VI).

OBSERVATION IV

La nommée Marie C..., primipare, a eu ses dernières règles le 14 janvier 1891. Elle entre à la clinique le 17 octobre 1891. La hauteur de l'utérus est de 33 centimètres et le fœtus se présente par le siège décomplété mode des fesses en droite transversale. Quatre heures après l'entrée de cette femme à la clinique, la dilatation est complète et les membranes se rompent spontanément. On procède à l'abaissement prophylactique du pied droit du fœtus, et les bruits du cœur se modifiant on fait rapidement l'extraction. La manœuvre de Mauriceau est facile. L'enfant vivant, du sexe masculin, pèse 2.820 grammes, son diamètre bi-pariétal 98 millimètres. La délivrance est faite par extraction simple 1 h. 30 après l'extraction du fœtus. Le travail dure 10 heures et la période d'expulsion 30 minutes. Les suites de couches sont normales.

Quatre jours après sa naissance, l'enfant présente une petite érosion du plancher de la bouche, il tète mal et l'on note à gauche du menton une tumeur énorme, fluctuante. Dans la nuit du 27 au 28, cette tumeur s'ouvre spontanément dans la bouche et il s'écoule une grande quantité de pus. Lavages fréquents de la cavité buccale. L'enfant sort en bon état dix-huit jours après sa naissance.

OBSERVATION V

Perine L..., 24 ans, II pare (un accouchement spontané à terme d'un enfant s'étant présenté par le sommet). A eu ses dernières règles du 30 mars au 4 avril 1893. Elle entre à la clinique le 9 janvier 1894, l'utérus mesure 34 centimètres et le fœtus se présente par le siège complet en gauche transversale. La dilatation est complète à son entrée. Les membranes se sont rompues la veille. Elle expulse 50 minutes après son arrivée un enfant pesant 3.410 grammes, dont le bi-pariétal mesure 9 centimètres et qui naît étonné, mais fait une inspiration aussitôt après sa naissance. Lors de l'expulsion on est intervenu pour dégager le bras postérieur et extraire la tête par la manœuvre de Mauriceau. Le travail a duré 4 h. 50 minutes, et la période d'expulsion 50 minutes.

L'extraction simple du placenta a lieu 35 minutes après l'accouchement, les membranes mesurent 35 centimètres. Suites de couches physiologiques.

Deux jours après l'accouchement, cet enfant présente sur le plancher de la bouche une ulcération traumatique. On note de plus que le bras droit (bras postérieur lors du dégagement) est le siège d'une paralysie incomplète, atteignant le deltoïde, le biceps, le long supinateur. Les fléchisseurs et les extenseurs conservent leurs mouvements, mais très affaiblis. Les mouvements reviennent peu à peu au bout de quelques jours. L'enfant sort en bon état.

OBSERVATION VI

Louise C..., 25 ans, primipare, entre à la clinique Baudeloque le 6 janvier 1894. Elle a eu ses dernières règles du 24 au 28 mars 1893, la hauteur de l'utérus mesure 36 centimètres. Le fœtus se présente par le siège décomplété mode des fesses en droite transversale. Les membranes se rompent spontanément à la dilatation de 1 franc. La dilatation est complète 2 h. 30 après l'arrivée de la parturiente. On procède à l'abaissement prophylactique du pied antérieur, le tronc est expulsé spontanément, les bras abaissés sans difficulté. La manœuvre de Mauriceau est rendue pénible par le resserrement de l'orifice. L'enfant naît étonné mais est vite ranimé, il pèse 3.300 grammes, son diamètre bi-pariétal mesure 96 millimètres. Une heure 20 minutes après l'accouchement on procède à l'extraction simple du placenta. Les membranes mesurent 35/5. Suites de couches physiologiques. L'expulsion du fœtus dure 10 minutes, le travail 6 h. 30.

Le lendemain de sa naissance, 7 janvier 1892, l'enfant a des convulsions fréquentes. Bain sinapisé.

8 janvier. Convulsions fréquentes, bain de tilleul prolongé.

9 janvier. 13 accès convulsifs dans la journée; 38° de température; un cataplasme sinapisé, une piqure de 5 centimètres cubes de serum.

10 janvier. L'enfant ne vomit plus, sa température est de 40°1 à 7 heures du matin et de 39°2 le soir.

Il sort quelques jours après en bon état.

c) PROCIDENCE DU CORDON

La présentation du siège, que ce dernier soit complet ou décomplété, est une cause fréquente de procidence du cordon. Dans cette présentation se trouve réalisée au plus haut point, pour les positions longitudinales du fœtus s'entend, le défaut d'accommodation pelvienne au cours du travail que M. Pinard reconnaît comme une des causes les plus favorables à la production de cette complication. Nous avons en effet pu en recueillir 8 cas sur nos 84 observations, ce qui fait environ 9,5 0/0. Chiffre considérable si l'on songe que suivant Tarnier (1) la procidence du cordon se rencontre 1 fois sur 86 accouchements.

La mortalité fœtale étant dans la procidence du cordon d'environ 10 sur 29 (Tarnier), on voit quel grave danger cette complication fait courir à la vie du fœtus. Aucun enfant, n'a succombé de ce chef, sur les 8 cas que nous avons recueillis, ce qui tient certainement plus à la thérapeutique employée qu'à la bénignité de cette complication dans la présentation du siège. Nous avons noté la procidence du cordon un nombre égal de fois dans la présentation du siège complet ou du siège décomplété mode des fesses.

OBSERVATION VII

Léonie T. ., primipare, ayant eu ses dernières règles à la fin de décembre 1890, entre à la clinique Baudelocque le 19 octobre 1891.

(1) *Tarnier*. Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, article « Cordon ».

Le fœtus se présente par le siège décomplété mode des fesses en droite transversale. La rupture des membranes a eu lieu prématurément. La dilatation étant complète neuf heures après l'entrée de la parturiente, on procède à l'abaissement prophylactique du pied, le cordon apparaît à la vulve. On extrait alors rapidement l'enfant qui naît vivant pesant 3 270 grammes, et son diamètre bi-pariétal mesure 97 millimètres. La durée de l'extraction a été de 5 minutes, celle du travail de 16 h. 40. La délivrance a lieu par extraction simple une heure après l'accouchement, les membranes mesurent 22/12. Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION VIII

Estelle B..., 29 ans, primipare, entrée à la salle de travail le 3 août 1892. Le fœtus se présente par le siège décomplété mode des fesses en droite antérieure. Les membranes se rompent spontanément à la dilatation de 5 francs, le liquide amniotique est vert, et l'on constate alors que le cordon fait procidence. On le rétropulse facilement avec la main. Deux heures après, la dilatation est complète, le dégagement du tronc est rapide et la manœuvre de Mauriceau facile. Le travail a duré quinze heures. L'enfant, du sexe féminin, né vivant, pèse 3.160 grammes, son bi-pariétal mesure 8,7. La délivrance a lieu par extraction simple 55 minutes après l'accouchement, les membranes mesurent 28/13, Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION IX

Pauline R..., IV pare, ayant accouché deux fois spontanément par le sommet d'enfants vivants et une fois par le siège d'un enfant vivant également, entre à la clinique le 7 juin 1892, à 10 heures du matin. Elle a eu ses dernières règles du 1^{er} au 3 avril et la hauteur de l'utérus mesure 37 centimètres. Le fœtus se présente par le siège décomplété mode des fesses en droite transversale. Les membranes sont intactes. Pendant la période de dilatation, on

trouve à diverses reprises le cordon animé de battements dans la poche des eaux qui bombe au travers d'un orifice aisément perméable. On sent le cordon derrière la symphyse. Plusieurs tentatives infructueuses de rétropulsion au travers des membranes intactes. Introduction à 5 h. 50 d'un ballon Champetier rempli au maximum.

A 7 heures, sous l'influence de légères tractions, le ballon est expulsé. La dilatation est complète, on rompt artificiellement les membranes. Abaissement prophylactique du pied gauche. Dégagement du bras postérieur et extraction de la tête sans difficulté. L'expulsion a duré 15 minutes et le travail 8 heures. Déchirure incomplète du périnée. Le placenta est expulsé spontanément 25 minutes après l'accouchement. Les membranes mesurent 25/11. L'enfant vivant, du sexe féminin, pèse 4.070 grammes. Bi-pariétal, 9.8. Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION X

Anna G..., 34 ans, II pare (un premier accouchement spontané à terme d'un enfant s'étant présenté par le sommet), entre à la clinique le 9 août 1892. Elle a eu ses dernières règles du 5 au 10 novembre 1891. Le fœtus se présente par le siège décomplété, mode des pieds en gauche transversale. Les battements du cœur sont précipités. Le toucher pratiqué à l'entrée de cette femme permet de reconnaître, que la dilatation est complète (les membranes viennent de se rompre), on sent de plus dans le vagin un pied et une anse du cordon animé de battements. On essaye de le rétropulser, mais ces tentatives sont rendues infructueuses par les nombreuses contractions de l'utérus. On abaisse alors le pied gauche et on procède à l'extraction du tronc, dégagement de l'épaule postérieure et de l'antérieure. Manœuvre de Mauriceau facile. Une faible quantité de sang sort pendant l'extraction du fœtus. L'extraction dure 20 minutes. L'enfant naît en état de mort apparente après avoir fait dans l'utérus quelques inspirations prématurées. Sa première inspiration a lieu au bout de 20 minutes et il est complètement ranimé 30 minutes

après l'accouchement. Il pèse 3.550 grammes et son diamètre bi-pariétal mesure 99 millimètres. L'expulsion spontanée du placenta a lieu aussitôt après la sortie du fœtus. Les membranes mesurent 35/8. La durée totale du travail a été de 19 heures.

OBSERVATION XI

Julienne F..., 18 ans, primipare, ayant eu ses dernières règles du 26 au 28 janvier 1892, entre à la clinique le 5 novembre 1892. Le fœtus se présente par le siège complet en gauche transversale. Le col est largement perméable et on sent à travers une poche des eaux intacte, un pied et le cordon animé de battements. Rétropulsion. Les douleurs d'abord éloignées et peu intenses, deviennent plus fortes, et 2 heures 15 minutes après l'entrée de cette femme la dilatation est complète. On rompt artificiellement les membranes. La femme commence à faire des efforts d'expulsion. Une anse du cordon apparaît alors à la vulve, le siège est rapidement expulsé et on extrait rapidement et sans difficulté un enfant vivant du sexe masculin pesant 2840 grammes et dont le diamètre bi-pariétal mesure 85 millimètres. Le travail a duré 5 h. 30. La période d'expulsion 15 minutes. Le placenta est expulsé spontanément 35 minutes après l'accouchement. Les suites de couches sont physiologiques.

OBSERVATION XII

Sabine S..., 37 ans, primipare, ayant eu ses dernières règles du 15 au 18 décembre 1892. Le fœtus se présente par le siège complet en gauche transversale. La dilatation est de 1 franc et on trouve une anse de cordon dans la poche des eaux. On rompt artificiellement les membranes, on rétropulse le cordon, on abaisse les deux pieds sur lesquels on pose des lacs. Deux heures 15 minutes après, la dilatation étant complète, on extrait par la manœuvre de Mauriceau une fille vivante du poids de 2.570 grammes et dont le diamètre bi-pariétal mesure 9 cent. 2. Durée de l'expulsion

20 minutes, du travail 7 h. 20. La délivrance a lieu par extraction simple 35 minutes après l'accouchement. Les membranes mesurent 33/10. L'enfant présente un céphalœmatome au niveau de l'angle supéro-postérieur du pariétal gauche, un sur le pariétal droit, un autre enfin au nivesu de la portion écailleuse du temporal droit. Les suites de couches sont physiologiques.

OBSERVATION XIII

Eugénie Th..., II pare (accouchée une première fois en 1887 de deux jumeaux, qui se sont présentés par le siège), a eu ses dernières règles du 26 au 28 avril 1893.

La hauteur de l'utérus mesure 33 centimètres. Elle entre à la Clinique le 5 février 1894, à 1 h. 45 du matin. Le fœtus se présente par le siège complet en droite transversale. La dilatation est de 1 fr. A 3 h. 30, en examinant à nouveau la parturiente, on trouve une anse de cordon qui bat. Les membranes sont intactes. On le rétropulse facilement, mais il redescend à nouveau, rétropulsion. Les bruits du cœur sont normaux. A 6 h. 50 du matin, la dilatation étant complète, les membranes se rompent spontanément et le cordon est projeté hors de la vulve sans battements. On engage la femme à faire des efforts, l'extraction du fœtus est rapide et la manœuvre de Mauriceau ne présente aucune difficulté. L'enfant naît étonné et décoloré, mais respire presque aussitôt après la désobstruction des voies respiratoires. Durée du travail : 6 h. 55. Durée de la période d'expulsion : 5 minutes. La délivrance a lieu par extraction simple, 55 minutes après l'accouchement, les membranes déchirées ne peuvent être mesurées. L'enfant pèse 3.440 grammes, son diamètre bi-pariétal mesure 99 millimètres.

OBSERVATION XIV

Françoise D..., 40 ans, III pare (2 accouchements spontanés à terme d'enfants s'étant présentés par le sommet), a eu ses dernières règles du 10 au 15 juillet 1893 Elle entre à la Clinique à 2 h. 30

du matin le 5 mai 1894. Le fœtus se présente par le siège complet en gauche transversale. La dilatation est de 5 francs, une poche des eaux volumineuses fait saillie dans le vagin. Quelques minutes après l'entrée de cette femme, les membranes se rompent brusquement, on pratique le toucher et on trouve un paquet de cordon dans le vagin et un pied au niveau de l'orifice utérin. Le cordon présente des battements mais ils sont très lents. On rétropulse le cordon, on l'enroule autour d'un pied et on surveille attentivement les bruits du cœur qui redeviennent normaux. En pratiquant le toucher à 3 h. 50 on constate que le cordon est redescendu, on le rétropulse de nouveau et on abaisse un pied. La dilatation est complète 20 minutes après et on extrait sans difficulté par la manœuvre de Mauriceau, un enfant vivant, du sexe féminin, pesant 2.500 grammes et dont le diamètre bi-pariétal mesure 83 millimètres. L'expulsion a duré 5 minutes. La durée du travail a été de 9 heures. L'enfant naît étonné mais est vite ranimé après désobstruction des voies respiratoires, il crie au bout de cinq minutes. La délivrance a lieu par extraction simple, et les membranes mesurent 22/10. Suites de couches physiologiques.

d) PROCUBITUS DE LA MAIN

C'est là une complication fâcheuse, puisqu'elle peut augmenter beaucoup la durée du travail, et par suite nuire à la vitalité du fœtus. Elle tient comme la procidence du cordon, au défaut d'accommodation pelvienne au moment du travail. Nous l'avons noté trois fois dans nos observations. Dans un des cas le travail a été particulièrement long et le fœtus est mort le surlendemain de sa naissance. (Voir Obs. II.) Dans un autre le fœtus assez volumineux est né en état de mort apparente après un travail ayant duré 50 h. 15. Dans le dernier cas enfin, le travail n'a pas été sensiblement prolongé et le fœtus est né bien portant.

OBSERVATION XV

La nommée P..., 30 ans, VI pare (4 accouchements spontanés à terme d'enfants nés par le sommet, un par le siège), entre à la clinique le 1^{er} avril 1891, à 10 heures du soir. Elle a eu ses dernières règles le 19 juillet 1890. La hauteur de l'utérus mesure 36 centimètres. Les membranes ont été rompues artificiellement en ville par une sage-femme, la veille de l'entrée de la parturiente. Le fœtus se présente par le siège décomplété mode des fesses. Au toucher, on trouve la main droite dans l'orifice utérin. Tentatives infructueuses de réduction. A 7 h. 30 du matin, la dilatation étant complète, on abaisse un pied. Le fœtus est expulsé spontanément jusqu'aux épaules que l'on dégage. Manœuvre de Mauriceau pour l'extraction de la tête. L'enfant du poids de 3.280 grammes et ayant un diamètre bi-pariétal mesurant 95 millimètres, naît en état de mort apparente, il est vite ranimé après désobstruction des voies respiratoires. Durée totale du travail, 50 h. 15. Délivrance par extraction simple 45 minutes après l'accouchement. Mensuration des membranes 24/8. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION XVI

Marie D..., 30 ans, secondipare (un accouchement spontané à 8 mois d'un enfant s'étant présenté par le sommet) a eu ses dernières règles du 6 au 11 avril 1892. Elle entre à la clinique le 16 janvier 1893, à 6 heures du soir. La rupture spontanée des membranes a eu lieu dans la journée. Le fœtus se présente par le siège décomplété mode des fesses en droite transversale. Quatre heures après l'entrée de cette femme, la dilatation est complète. La parturiente fait des efforts d'expulsion et on remarque alors que le bras antérieur est procident. L'extraction de la tête par la manœuvre de Mauriceau ne présente aucune difficulté et permet d'extraire un enfant vivant du poids de 2.800 grammes et ayant un diamètre bi-pariétal mesurant 92 millimètres. Durée de la période d'expulsion 20 minutes, du travail 5 heures. Délivrance par expression utérine 30 minutes après l'accouchement. Mensuration des membranes 31/11. Suites de couches physiologiques.

e) REDRESSEMENT DES BRAS

Déflexion de la tête.

Les membres supérieurs se relèvent rarement sur les côtés de la tête ou devant la face, lorsque l'expulsion du fœtus est abandonnée aux seuls efforts de la nature. Dans les cas, au contraire, où l'on a exercé des tractions sur les pieds ou sur les hanches, ces anomalies sont fréquentes. Cette élévation des membres supérieurs sur les côtés ou au dessus de la tête apporte un obstacle assez grand à la terminaison de l'accouchement, la tête se trouvant d'ailleurs, pour les mêmes causes, également défléchie dans la majorité des cas. Ces deux anomalies accidentelles du mécanisme de l'accouchement par le pelvis ne sont pas sans danger pour la vie du fœtus, qui souvent par suite du retard apporté à l'expulsion, fait des mouvements inspiratoires prématurés. La difficulté du dégagement des bras ainsi relevés peut faire subir au fœtus des traumatismes graves (fractures de l'humérus.) Nous avons noté trois fois ce redressement des bras. Dans un des cas, on avait dû pratiquer rapidement l'extraction par suite de modifications dans le rythme des pulsations cardiaques, l'enfant est né en état de mort apparente.

Nous avons réuni aussi deux observations de déflexion de la tête dans lesquelles la manœuvre de Manriceau fut de ce fait rendue très pénible. Un des enfants est né en état de mort apparente.

OBSERVATION XVII

Louise V. ., 26 ans, primipare, ayant eu ses dernières règles le

15 août 1890, entre à la clinique le 19 mars 1891, à 2 heures du matin. La hauteur de l'utérus, mesurée, est de 34 centimètres. La dilatation est complète, les membranes sont rompues. Le fœtus se présente par le siège décomplété, mode des fesses, en gauche transversale. On abaisse le pied antérieur et on procède à l'extraction du tronc, les bruits du cœur s'étant sensiblement modifiés. Le dégagement de l'épaule postérieure est pénible, il en est de même de l'antérieure, les bras étant relevés le long de la tête. La manœuvre de Mauriceau est facile et permet d'extraire un enfant né en état de mort apparente, qui est ranimé peu à peu et pousse son premier cri au bout de 10 minutes ; il pèse 2730 grammes. Son diamètre bi pariétal mesure 92 millimètres. Déchirure incomplète du périnée. La durée du travail a été de 67 heures. La délivrance est faite par extraction simple 35 minutes après l'accouchement. Les membranes mesurent 30/9. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION XVIII

Marie P..., 28 ans, IIIpare (un accouchement par le sommet terminé par une application de forceps, un autre normal). A eu ses dernières règles du 1^{er} au 4 avril 1891. Elle entre à la clinique le 23 mai, à sept heures du soir. La hauteur de l'utérus est de 33 centimètres. Le fœtus se présente par le siège, partiellement décomplété en gauche transversale. La dilatation est complète. On amène à la vulve le pied procident. L'expulsion du tronc est normale, mais les bras sont relevés sur les côtés de la tête et l'abaissement en est difficile. On extrait néanmoins par la manœuvre de Mauriceau une fille vivante pesant 3580 grammes, et dont le bi-pariétal mesure 91 millimètres. L'expulsion dure 30 minutes et le travail 6 heures. La délivrance a lieu par extraction simple 30 minutes après l'accouchement. Les membranes mesurent 35/10. Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION XIX

Henriette V..., IIIpare (un accouchement normal par le sommet,

un autre par le siège) a eu ses dernières règles le 13 mars 1892. Elle entre à la salle de travail le 7 décembre, à 8 h. 30 du matin. Le fœtus se présente par le siège décomplété mode des fesses en droite transversale. A la dilatation complète on procède à l'abaissement prophylactique du pied antérieur, l'expulsion du tronc est normale, mais on est obligé de dégager le bras antérieur, relevé le long de la tête. Manœuvre de Mauriceau et extraction d'un enfant vivant pesant 2.710 grammes et ayant un diamètre bi-pariétal mesurant 79 millim. La durée de l'expulsion a été de 5 minutes; celle du travail de 1 h. 45. La délivrance est faite par extraction simple 30 minutes après l'expulsion du fœtus. Les membranes mesurent 27/11. Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION XX

Gabrielle B..., 20 ans, primipare ayant eu ses dernières règles du 29 janvier au 6 février 1894, entre à la clinique le 12 novembre 1894. Le fœtus se présente par le siège complet en gauche antérieur. La rupture des membranes a été spontanée et prématurée à la dilatation complète, la femme faisant des efforts expulsifs. Le tronc est expulsé spontanément, mais le fœtus faisant des mouvements inspiratoires prématurés, on exerce alors des tractions sur le siège, on dégage le bas postérieur puis l'antérieur, et on va à la recherche de la bouche très élevée la tête étant défléchie. Manœuvre de Mauriceau. Tractions énergiques et extraction d'un enfant du sexe masculin né en état de mort apparente pesant 3.010 grammes et dont le diamètre bi-pariétal mesure 96 millimètres. L'enfant est vite ranimé. Durée de l'expulsion 15 minutes, du travail 10 h. 35. Délivrance par expression utérine 35 minutes après l'accouchement. Mensuration des membranes 27/9. Suites de couches physiologiques. (Voir aussi pour la déflexion de la tête, Obs. XXIII.)

f) RÉSISTANCE DE L'ORIFICE UTÉRIN

Le resserrement de l'orifice utérin sur la tête fœtale est

un accident grave et pour la mère et pour l'enfant, susceptible de déterminer entre des mains inexpérimentées la mort de l'un et de l'autre. Il est redoutable pour le fœtus en ce qu'il oppose une résistance considérable à la sortie de la tête, et qu'il prolonge par suite l'extraction au moment où souvent le moindre retard peut devenir la cause de la mort de l'enfant. Dans les deux observations que nous avons recueillies, on voit en effet l'un des enfants naître étonné (Voir Obs. VI), l'autre en état de mort apparente.

En ce qui concerne la mère, cette complication peut devenir, par suite de tractions intempestives de la part de l'accoucheur, le point de départ d'accidents redoutables en déterminant des déchirures étendues du col et du segment inférieur. Ces déchirures sont en effet susceptibles d'occasionner la mort de la femme par hémorrhagie.

OBSERVATION XXI

Juliette D..., 36 ans, primipare ayant eu ses dernières règles du 9 au 12 septembre 1893, entre à la clinique le 13 juin à 5 heures du matin. Le fœtus se présente par le siège décomplété mode des fesses, la hauteur de l'utérus est de 32 centimètres. Les membranes se sont rompues prématurément. A la dilatation complète on procède à l'abaissement prophylactique du pied antérieur, l'expulsion du tronc est normale, on dégage les bras, mais la manœuvre de Mauriceau est rendue très pénible par suite du resserrement de l'orifice utérin sur la tête du fœtus. L'enfant pesant 2.660 grammes et ayant un diamètre bi-pariétal de 92 millimètres, naît en état de mort apparente, il est complètement ranimé au bout de 5 minutes. La délivrance a lieu par extraction simple 30 minutes après l'accouchement; les membranes mesurent

22/5. Le travail a duré 10 heures et l'expulsion 5 minutes. Suites de couches physiologiques.

g) DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA.

Un autre danger grave pour le fœtus est celui qui résulte du décollement prématuré du placenta, décollement produit par la rétraction des parois utérines sur le placenta, lorsque la tête fœtale a franchi l'orifice utérin. Le placenta décollé, les phénomènes d'hématose qui ont ordinairement lieu dans cet organe ne peuvent plus se produire, d'où souffrance de l'enfant, si alors pour une raison quelconque, redressement des bras, déflexion de la tête, résistance de l'orifice utérin, l'extraction tarde à se produire, le fœtus se trouve menacé d'asphyxie, par suite d'interruption de la circulation utéro-placentaire.

Nous avons noté quatre fois le décollement prématuré du placenta. Dans un des cas, l'enfant est né en état de mort apparente, il est vrai de dire qu'il y avait en même temps au moment de l'accouchement une procidence du cordon. (Voir Obs. X.) Dans un autre cas, l'enfant est né étonné.

OBSERVATION XXII

Marie D..., 22 ans, primipare, entre à la clinique le 29 septembre à 2 heures du matin. Elle a eu ses dernières règles du 5 au 6 janvier 1890. Le fœtus se présente par le siège décomplété, mode des fesses en gauche transversale. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète et abaissement du pied antérieur. Les bruits du cœur étant profondément modifiés, on procède à l'extraction rapide. Manœuvre de Mauriceau. Le fœtus pèse 3.120 grammes, il naît vivant mais étonné, il est vite ranimé. Le diamètre bi-

pariétal mesure 95 millimètres. Aussitôt après la sortie du fœtus le placenta apparaît à la vulve. Les membranes mesurent 33/8. Le travail a duré 13 h. 20, l'expulsion 20 minutes. Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION XXIII

Marie G..., 38 ans, V pare (4 accouchements spontanés d'enfants s'étant présentés par le sommet.) A eu ses dernières règles du 15 au 18 mai 1893. Elle entre à la clinique le 18 février 1893. La dilatation est complète. Le fœtus se présente par le siège complet en gauche transversale. Le dégagement des membres inférieurs du tronc se fait facilement. Abaissement des bras. Extraction pénible par la manœuvre de Mauriceau, la tête étant défléchie. L'enfant du poids de 3.080 grammes naît vivant, son diamètre bi-pariétal mesure 99 millimètres. Le placenta est expulsé spontanément immédiatement après la sortie de la tête. Les membranes mesurent 32/9. Le travail a duré 3 h. 20, l'expulsion 15 minutes. Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION XXIV

Léonie J..., primipare, 26 ans, a eu ses dernières règles le 2 décembre 1890. Elle entre à la clinique le 27 octobre 1891. Le fœtus se présente par le siège décomplété mode des fesses. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète. Expulsion spontanée du fœtus.

La période d'expulsion dure 10 minutes, le travail 7 h. 5.

Expulsion spontanée du placenta derrière la tête de l'enfant. Les membranes mesurent 31/8. L'enfant pèse 3.280 grammes Suites de couches physiologiques.

h) INSPIRATIONS PRÉMATURÉES

Toutes les causes susceptibles d'interrompre la circu-

lation placentaire au moment de l'expulsion, ou de retarder l'accouchement, peuvent déterminer les inspirations prématurées du fœtus. Il en est également de même de toutes les excitations cutanées que le fœtus peut avoir à subir pendant l'expulsion soit du fait de l'air extérieur, soit du fait des manœuvres nécessitées par l'extraction. L'introduction des mucosités, du liquide amniotique souillé de méconium dans le larynx sont autant de causes qui empêchent le libre accès de l'air dans les poumons après l'accouchement. On comprend aisément d'ailleurs, que si les inspirations sont fortes et répétées elles puissent produire l'asphyxie du fœtus en rendant les poumons imperméables à l'air. C'est là un fait particulier que l'on ne retrouve pas dans les autres présentations et avec lequel on ne saurait trop compter au point de vue de la vie de l'enfant ; nous l'avons noté dans cinq observations. (Voir Obs. n° I, X et XX).

OBSERVATION XXV

Hélène R..., 25 ans, primipare, a eu ses dernières règles du 20 au 27 avril 1891. Elle entre à la clinique le 28 janvier 1892. Le fœtus se présente par le siège décomplété, mode des fesses en gauche transversale. La hauteur de l'utérus est de 38 centimètres. La rupture spontanée des membranes a eu lieu au cours du travail. A la dilatation complète, manœuvre pour l'abaissement prophylactique du pied. Expulsion spontanée du tronc, l'enfant faisant alors des mouvements inspiratoires prématurés, on procède à l'extraction rapide de la tête par la manœuvre de Mauriceau. L'enfant naît vivant, il pèse 3.060 grammes, son diamètre bi-pariétal mesure 92 millimètres. Déchirure incomplète du périnée. Durée du travail 14 h. 35, de l'expulsion 3 h. 20. Extraction simple du pla-

centa 40 minutes après l'accouchement. Mensuration des membranes 27/9. Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION XXVI

Eudoxie G..., 31 ans, Ilpare (un accouchement par le siège terminé par une application de forceps), ayant eu ses dernières règles du 1^{er} au 4 février 1893, entre à la clinique le 12 novembre 1893.

Le fœtus se présente par le siège complet en gauche transversale. Les membranes ont été rompues artificiellement en ville par une sage-femme. Aussitôt après que le siège a franchi la vulve, l'enfant fait des mouvements d'inspiration, on procède au dégagement rapide des bras et on extrait sans difficulté, par la manœuvre de Mauriceau, un enfant du poids de 3.820 grammes, ayant un diamètre bi-pariétal de 95 millimètres. Il naît en état de mort apparente, mais est vite ranimé. La période d'expulsion a duré 15 minutes, le travail 18 h. 25. La délivrance est faite par extraction simple 40 minutes après l'accouchement. Les suites de couches sont physiologiques.

2) ENFANTS NÉS ÉTONNÉS OU EN ÉTAT DE MORT APPARENTE

Le fœtus souffre souvent au cours de l'accouchement dans la présentation du siège. Cet état de souffrance, qui d'ailleurs est loin d'être rare, se traduit à la naissance par la mort apparente du fœtus et par un autre état se manifestant par ce fait que le fœtus reste immobile étendu sur le dos, et qu'il tarde à respirer, on dit alors qu'il est né étonné.

Sur nos 84 cas de présentation de l'extrémité pelvienne, 10 enfants sont nés étonnés, 12 en état de mort apparente. Chiffres considérables qui prouvent nettement la souffrance.

france de l'enfant pendant la période d'expulsion. On sait en effet que ces deux états sont dus dans la majeure partie des cas ; à la compression du cordon, soit qu'il y ait procidence, soit que la tige fumiculaire se trouve comprimée par la tête fœtale lors du passage de cette dernière dans l'excavation. On retrouve encore dans l'étiologie de l'état syncopal des nouveau-nés, toutes les causes susceptibles de retarder l'accouchement, causes auxquelles on peut joindre les traumatismes déterminés par les tractions prolongées lors de l'extraction de la tête.

Sur les 12 cas où le fœtus est né en état de mort apparente nous notons en effet 8 cas où les causes suivantes peuvent être incriminées.

Redressement des bras (Obs. XVII).

Procubitus du bras (Obs. XV).

Résistance du périnée ayant nécessité des tractions énergiques.

Procidence du cordon (Obs. X).

Mouvements inspiratoires prématurés (Obs. XXVI).

Circulaires du cou.

Traumatisme grave lors de l'extraction (Obs. I).

Déplexion de la tête (Obs. XX).

Dans les 4 autres cas le travail et l'expulsion s'étaient effectués normalement.

Pour les dix enfants nés étonnés nous trouvons les causes suivantes :

Procidence du cordon (Obs. II).

Résistance de l'orifice utérin (Obs. VI).

Modifications du rythme des pulsations fœtales. Traumatisme lors de l'accouchement (Obs. V).

Procidence du cordon (Obs. XIII et XIV).

Restent quatre cas dans lesquels aucunes de ces complications n'ont été signalées, et où le travail et l'expulsion semblent avoir évolué normalement.

j) INTERVENTIONS

Une particularité importante en ce qui concerne le pronostic relatif à la mère et à l'enfant, vient de la nécessité dans laquelle on se trouve d'intervenir pour terminer l'accouchement dans les présentations du siège. Il résulte de notre statistique que toutes les causes d'entocie se trouvant réunies, on a néanmoins été obligé d'intervenir pour le dégagement des bras ou l'extraction de la tête par la manœuvre de Mauriceau, 23 fois chez les primipares et 20 fois chez les multipares. Ce qui fait un total de 43 cas opposé à un chiffre de 41 où au contraire l'expulsion a été spontanée. Dans un peu plus de la moitié des cas donc, l'accouchement par le siège ne se termine pas seul. L'abaissement prophylactique du pied a de plus été pratiqué 21 fois dans la présentation du siège décomplété mode des fesses.

Comparaison entre la mortalité foetale dans l'accouchement par la face, par le sommet, par le siège.

Gravier, dans une étude sur le pronostic dans la présentation de la face, a trouvé deux morts sur 57 cas, chiffre un peu inférieur à 4 0/0. Il est vrai de dire qu'il a

compris dans sa statistique tous les cas de présentation franche de l'extrémité céphalique, sans procéder à aucune élimination.

D'après une statistique de Bataillard, portant sur des femmes ayant le bassin normal, et après élimination des enfants macérés, de ceux atteints de faiblesse congénitale ou de malformations incompatibles avec l'existence, la mortalité fœtale dans la présentation du sommet est d'environ 2 0/0 dans les postérieures, et seulement de 0,76 0/0 dans les antérieures, ce qui donne une proportion de 1,38 0/0 environ.

De son côté, notre excellent ami, le docteur Sifflet, dans un travail récent sur le pronostic dans la présentation du sommet, a trouvé 208 enfants morts sur 7.163 accouchements ayant eu lieu chez des femmes dont le bassin était normal, ce qui donne une proportion de 2,90 0/0. Mais dans sa statistique, Sifflet a compris toutes les causes de mort sans distinction, exception faite toutefois des malformations congénitales.

Pour la présentation du siège prise dans les conditions que nous avons indiquées plus haut, nous avons trouvé 3 morts sur 84, soit une proportion de 3,57 0/0 qui, si l'on se reporte aux éliminations sévères auxquelles nous avons dû procéder, est de beaucoup supérieure à celles fournies par les autres présentations.

Il importe aussi au point de vue du pronostic de faire remarquer que tous les cas de présentation de l'extrémité pelvienne que nous avons observés ont eu lieu dans une maternité parfaitement organisée, sous la surveillance d'un personnel nombreux, instruit et familiarisé avec ces sortes d'accouchements. Et pour ces raisons, il y a lieu de supposer que dans la clientèle privée l'écart, qui existe

entre les chiffres exprimant la mortalité fœtale dans la présentation du sommet et dans celle du siège, doit être beaucoup plus considérable.

CONCLUSIONS

En résumé de ce qui précède nous pouvons conclure que pris dans les conditions que nous avons énoncées :

A. Relativement à la mère.

1° L'accouchement par le siège est favorable, le travail ayant sensiblement la même durée que dans les présentations du sommet, la période d'expulsion étant d'ailleurs plus courte.

2° La présentation du siège décompleté mode des fesses expose néanmoins la parturiente à la déchirure du périnée dans une proportion plus considérable que celle de l'extrémité céphalique.

B. Relativement à l'enfant

3° L'accouchement par le siège est très défavorable.

4° La mortalité, 3.57 0/0 d'après notre statistique est plus considérable que dans les autres présentations (Sommet 1. 38 0/0. Bataillard).

5° L'enfant peut présenter à la suite de l'accouchement

des accidents divers : convulsions, paralysies, ulcérations traumatiques de la bouche.

6° La procidence ou le procubitus du cordon est une complication fréquente.

7° Il en est de même du procubitus de la main.

8° Les enfants naissent fréquemment étonnés ou en état de mort apparente.

9° La compression du cordon pendant l'accouchement, les troubles circulatoires résultant du retrait utérin avant l'expulsion complète de l'enfant, le décollement prématuré du placenta, etc., sont autant de causes susceptibles de déterminer des inspirations prématurées du fœtus et par suite la mort de ce dernier.

10° L'accouchement par le siège exige dans un peu plus de la moitié des cas les secours de l'art.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Hippocrate*. — De morbis mulierum, art. 4, liber II.
- Ambroise Paré*. — Œuvres complètes. Tome II.
- Louise Bourgeois*. — Observations diverses. Chap. VII, p. 41.
- Guillemeau*. — De la grossesse et de l'accouchement. Paris, 1643, livre II, chap. I, p. 143.
- Mauriceau*. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées. Paris, 1681, tome I, livre II, p. 207 et suivantes.
- Peu*. — La pratique des accouchements. Paris, 1694, chap. XI, p. 421, et chap. XII, p. 429.
- Portal*. — La pratique de l'art des accouchements. Paris, 1685, p. 30.
- Henry de Deventer*. — Observations importantes sur le Manuel des accouchements. 1733, chap. XLV, p. 267.
- Puzos*. — Traité des accouchements. Paris, 1759, pp. 185 et 189.
- De la Motte*. — Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature. Paris, 1765, chap. XVII, p. 486 ; chap. XXV, p. 893.
- Rœderer*. — Eléments de l'art des accouchements. Paris, 1765, traduction française, pp. 333, 339 et suivantes.
- Smellie*. — Traité de la théorie et pratique des accouchements, traduction française de M. de Préville. Paris, 1754, p. 325.
- Levret*. — Observations sur les causes et accidents de plusieurs accouchements laborieux, p. 46.
- J.-L. Baudelocque*. — L'art des accouchements. Paris, 1789, pp. 514, 537, 547 et suivantes.
- M^{me} Lachapelle*. — Pratique des accouchements. Tome II. Paris 1820.
- IV^e Mémoire, p. 57.

- M^{me} Boivin.* — Mémoire de l'art des accouchements, 4^e édition, Paris, 1836.
- Velpeau.* — Traité complet d'accouchements, p. 531.
- Dugès.* — Manuel d'obstétrique. Paris, 1840, p. 110 et suiv.
- Paul Dubois.* — Mémoires de l'Académie de Médecine. Paris, 1833, t. III, p. 450 et suiv.
- Hubert de Louvain.* — Cours complet d'accouchements, 1878, p. 442.
- Moreau.* — Traité d'accouchements. Paris, 1840.
- Nægele et Greuser.* — Traduit par Aubenas, 1880.
- Chailly Honoré.* — Traité pratique de l'art des accouchements. Paris, 1842, p. 799 et suiv.
- Cazeaux.* — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. 9^e édition. Paris, 1874, p. 349 et suiv.
- Joulin.* — Traité complet d'accouchements, p. 561 et suiv.
- Jacquemier.* — Traité d'obstétrique. Paris, 1846, p. 611 et suiv.
- Depaul.* — Leçons de clinique obstétricale. Paris, 1872-1876, p. 537.
- Karl Schröder.* — Manuel d'accouchements. Traduction Charpentier. Paris, 1876, p. 178.
- Playfair.* — Traduction Vermeil, 1878.
- Tarnier et Chantreuil.* — Traité d'accouchements. Paris, 1881.
- Archives de Tocologie,* 1889.
- Ribemont et Lepage.* — Traité d'accouchements. Paris, 1894.
- Bataillard.* — De l'accouchement dans les variétés postérieures de présentation du sommet. Th. Paris, 1888.
- Gravier.* — De la conduite à tenir dans la présentation de la face. Th. Paris, 1892.
- Sifflet.* — Du pronostic dans la présentation du sommet, l'enfant étant viable. Th. Paris, 1895.

Vu : Le Président de la Thèse,

PINARD.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

